MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Requerimento de Seguro-Desemprego - SD

7774308388

2 NOME: WOLNEY ANDERSON ISIDORO

3 NOME DA MÃE: ROSEMERE ESPINDOLA ISIDORO

4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC): RUA ARLINDO ANDRADE

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO:

CEP: 88106-616 | UF: SC | DDD: 48 | TELEFONE: 32598509

5 PIS/PASEP: 131.52732.72-3

6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF): 1045546 | 0001 | SC

7 CPF: 003.346.249-67

8 DATA NASCIMENTO: 29/06/1981

9 SEXO: M

10 GRAU DE INSTRUÇÃO: 13 - ESPECIALIZACAO

11 DOMICÍLIO BANCÁRIO:

12 TIPO INSCRIÇÃO: CNPJ

13 CNPJ OU CEI(INSS): 10.760.198/0001-65

10.760.198/0001-65
VANDERLEI ISIDORO EPP
R GENTIL SANDIN
PRAIA COMPRIDA - SC
88103-650

14 DATA ADMISSÃO: 01/11/2011

15 DATA DISPENSA: 08/05/2020

16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO: Não

17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA: 102

18 MÊS: 2 | ANTEPENÚLTIMO: R$ 2.549,31 | MÊS: 3 | PENÚLTIMO SALÁRIO: R$ 2.549,31 | MÊS: 4 | ÚLTIMO SALÁRIO: R$ 2.549,31

19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS: R$ 7.647,93

20 CBO: 1423-15 | OCUPAÇÃO: Gerente de marketing

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO: 13/05/2020

CÓDIGO DA DISPENSA:

RECEBEU SALARIO EM CADA UM DOS ÚLTIMOS SEIS MESES:

MOTIVO DO CANCELAMENTO:

NÚMERO DO POSTO:

INSC. AUTORIZADA:

Empregador(es) dos úlitmos 36 meses em ordem decrescente (ver quadro 21 instruções do

TIPO INSCRIÇÃO	CNPJ ou CEI da Empresa	DATA ADMISSÃO	DATA SUSPENSÃO/DEMISSÃO	CONTADO
CNPJ	10.760.198/0001-65	01/11/2011	08/05/2020	Sim

SOMA TOTAL DE MESES: 102

ASSINATURA DO AGENTE

DECLARAÇÃO DO TRABALHADOR

Declaro, sob penas previstas na legislação, que as informações prestadas são verdadeiras:

I - fui dispensado sem justa causa, estou desempregado e caso eu venha a conseguir outro emprego enquanto estiver recebendo Seguro-Desemrpego. Avisarei a um Posto de Atendimento do Seguro-Desemprego;

II - não possuo renda própria de qualquer natureza suficiente à manutenção pessoal e da minha família;

III - não estou em gozo de benefício de prestação continuada da Previdência Social, exceto o auxílio-acidente e pensão por morte;

IV - estou ciente que a recusa, sem justificativa, de emprego compatível com a ocupação a salário anterior cancelará o meu benefício;

V - conheço as condiições para receber o benefício e em caso de recebimento indevido comprometo-me a devolve-lo ao FAT;

VI - as informações acima citadas são verdadeiras.

POLEGAR DIREITO

/ /

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

1ª via: Posto Atendimento MTE

Documento assinado no Assinador ONR. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://assinador.onr.org.br/validate/3C48K-ES4ED-S5MXE-DC73B.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Comunicação de Dispensa - CD

7774308388

2 NOME
WOLNEY ANDERSON ISIDORO

3 NOME DA MÃE
ROSEMERE ESPINDOLA ISIDORO

4 ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, APTO, BAIRRO/DISTRITO, ETC
RUA ARLINDO ANDRADE

COMPLEMENTO DO ENDEREÇO	CEP	UF	DDD	TELEFONE
	88106-616	SC	48	32598509

5 PIS/PASEP
131.52732.72-3

6 CTPS (NÚMERO, SÉRIE, UF)
1045546 | 0001 | SC

7 CPF
003.346.249-67

8 DATA NASCIMENTO
29/06/1981

9 SEXO
M

10 GRAU DE INSTRUÇÃO
13 - ESPECIALIZACAO

11 DOMICÍLIO BANCÁRIO

12 TIPO INSCRIÇÃO
CNPJ

13 CNPJ OU CEI(INSS)
10.760.198/0001-65

10.760.198/0001-65
VANDERLEI ISIDORO EPP
R GENTIL SANDIN
PRAIA COMPRIDA - SC
88103-650

14 DATA ADMISSÃO
01/11/2011

15 DATA DISPENSA
08/05/2020

16 AVISO PRÉVIO INDENIZADO
Não

17 MESES TRABALHADOS NA EMPRESA
102

18

MÊS	ANTEPENÚLTIMO	MÊS	PENÚLTIMO SALÁRIO	MÊS	ÚLTIMO SALÁRIO
	R$ 2.549,31		R$ 2.549,31		R$ 2.549,31

19 SOMA DOS TRÊS ÚLTIMOS SALÁRIOS
R$ 7.647,93

20 CBO
1423-15

OCUPAÇÃO
Gerente de marketing

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO DO POSTO DE ATENDIMENTO DO SEGURO-DESEMPREGO

DATA DO REQUERIMENTO
13/05/2020

CÓDIGO DA DISPENSA

MOTIVO DO CANCELAMENTO

NÚMERO DO POSTO

ASSINATURA DO AGENTE

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR

DESTACAR (Protocolo do Empregador)

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
Comunicação de Dispensa -

7774308388

PIS/PASEP
131.52732.72-3

NOME
WOLNEY ANDERSON ISIDORO

RECEBI DE (firma ou

2(DUAS) VIAS DO REQUERIMENTO FORMAL DO BENEFÍCIO DO SEGURO-DESEMPREGO.

POLEGAR DIREITO

/ /
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TRABALHADOR

2ª via: Trabalhador

Documento assinado no Assinador ONR. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://assinador.onr.org.br/validar/5C48K-ES4ED-S5MXE-DC73B.

MANIFESTO DE ASSINATURAS

Código de validação: 5C48K-ES4ED-S5MXE-DC73B

Documento assinado com o uso de certificado digital ICP Brasil, no Assinador ONR, pelos seguintes signatários:

Wolney Anderson Isidoro (CPF ***.346.249-**)

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

https://assinador.onr.org.br/validate/5C48K-ES4ED-S5MXE-DC73B

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

https://assinador.onr.org.br/validate

Documento assinado no Assinador ONR. Para validar o documento e suas assinaturas acesse https://assinador.onr.org.br/validate/5C48K-ES4ED-S5MXE-DC73B.